

ANNÉE 1963.

THÈSE

POUR LE

N°
1226

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre, Lucien, Aimé BORDEREAU
né le 4 mars 1932 à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET
ULCERES GASTRO-DUODENAUUX OPERES OU NON

(Analyse de 119 observations recueillies
au sanatorium des Pins à Lamotte-Beuvron).

Président :

Monsieur G. BROUET,

Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre, Lucien, Aimé BORDEREAU

né le 4 mars 1932 à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET
ULCERES GASTRO-DUODENaux OPERES OU NON

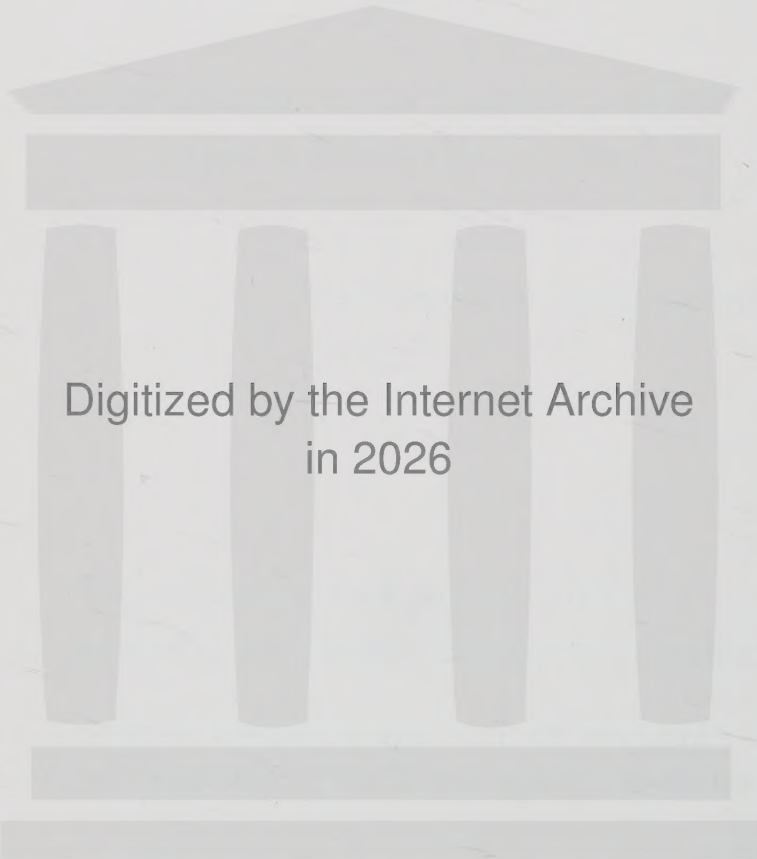
(Analyse de 119 observations recueillies
au sanatorium des Pins à Lamotte-Beuvron).

Président :

Monsieur G. BROUET,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN LÉON BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaupon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (G.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) pr. s. ch. GAUTHIER-VILLARS (Xllo P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAV (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	PLAS (F.) BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Carcinologie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		LAFOURCADE (J.) LEPERCO (G.) MANDE (R.) NOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Electro-Radiologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hématologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALLOUSTRE (H.)	Pathologie médicale	
Histologie	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Hydrologie	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Hygiène	ALBAHARY (G.) PERTUISET (B.) LAPRESLE (J.)		
Maladies infectieuses	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Médecine légale	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)	Pédiatrie-Puériculture	
Médecine du travail			
Neuro-chirurgie			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . . .	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

si patiente.

A mes Parents,

qui m'ont toujours aidé.

A mes Frères.

A ma Belle-Famille.

A mon Oncle et à ma Tante;

le Docteur et Madame Fernand PERIL

à qui je dois d'avoir choisi ce
métier.

En témoignage d'une affection
très fidèle.

A tous les Miens.

A mes Amis.

A notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES BROUET

- Chevalier de la Légion d'Honneur .
- Chevalier de la Santé Publique .
- Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris .
- Médecin de l'Hôpital Cochin .

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse .

Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse gratitude .

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES MARTIN-LALANDE

- Chevalier de la Santé Publique.
- Médecin-directeur du Sanatorium des Pins
à Lamotte-Beuvron.

qui nous a inspiré cette thèse, guidé
de ses précieux conseils et aidé dans
sa réalisation.

AU DOCTEUR P. JEANNIN.

- Directeur du Laboratoire
Départemental à Orléans.

Qui a si aimablement accepté de se
charger des dosages de chlore sudoral.

Nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

	Page
- <u>INTRODUCTION</u>	
- <u>PREMIERE PARTIE</u>	
<u>HISTORIQUE</u>	
Exposés et théories	3
Essai récapitulatif des statistiques publiées	13
- <u>DEUXIEME PARTIE</u>	
<u>ETUDE ANALYTIQUE DE NOS 119</u> <u>OBSERVATIONS.</u>	
Présentation de l'échantillonnage	21
Etude du Socio-morphotype	22
Les faits digestifs	31
Les faits pulmonaires	35
Essais et tests biologiques	41
- <u>TROISIEME PARTIE</u>	
<u>CORRELATIONS PNEUMODIGESTIVES</u>	
Corrélations chronologiques : étude des délais	45
Corrélations biologiques ; hypothèses	48
- <u>CONCLUSIONS</u>	51

INTRODUCTION

Il nous a semblé intéressant d'apporter aux multiples publications déjà consacrées dans la littérature médicale à l'association pathologique d'un ulcère digestif avec une bacilliose pulmonaire la contribution d'un travail que nous avons eu l'occasion de réaliser au sanatorium des Pins, à LAMOTTE-BEUVRON (Loir-&-Cher).

A l'instigation du Médecin-Directeur, le Dr J. MARTIN-LALANDE qui nous a inspiré cette thèse, nous avons dépouillé les dossiers des malades admis dans l'établissement depuis la fin de 1954 jusqu'au début de 1963 c'est-à-dire sur une période de huit années pleines. Nous y avons recherché, d'une part les porteurs de gastrectomie, d'autre part les malades chez lesquels nous avons retrouvé des épisodes ulcéreux digestifs confirmables. Nous avons basé cette étude sur plus de 1 500 dossiers, et retrouvé 119 sujets répondant à ces conditions.

Cet échantillonnage concerne des malades exclusivement masculins, à l'âge mûr de la vie pour la plupart ; leur recrutement s'est fait principalement en milieu rural (région du Centre-Loire) mais également en ville (région Parisienne le plus souvent) ; un tiers d'entre eux sont d'anciens prisonniers de guerre que l'établissement reçoit en priorité.

Ces malades sont en général socialement défavorisés, sans spécialisation professionnelle, et trop souvent enfin imprégnés d'alcool depuis de nombreuses années.

Notre plan sera le suivant :

- Dans une première partie, nous ferons un rappel historique en analysant succinctement les principaux articles parus, les diverses hypothèses pathogéniques émises, et nous tenterons une récapitulation des différentes statistiques que nous avons eues sous les yeux.

- Dans la deuxième partie, nous présenterons notre propre matériel d'étude, en précisant successivement : le portrait morphologique et social de nos malades, leurs histoires digestive puis pulmonaire, enfin quelques faits biologiques.

- Avant de conclure, nous montrerons les corrélations chronologiques qui existent entre faits pulmonaires et digestifs et nous apporterons à l'appui de la discussion de quoi étayer nos conclusions.

oOo

Première partie

HISTORIQUE

I. - EXPOSES ET THEORIES

=====

TUBERCULOSE DES ULCEREUX ET ULCERE
DES TUBERCULEUX :

Il y a plus d'un siècle déjà que les pathologistes ont noté la fréquente association de lésions bacillaires pulmonaires avec la maladie ulcéreuse digestive.

Il ne pouvait alors s'agir que de constatations nécropsiques, et les auteurs concluaient, dans ces conditions particulières de dépistage optimum, à un pourcentage important de fréquence, oscillant autour de 30 %.

S'il est vrai qu'un des premiers, LOUIS, ne retrouve en 1825 que 2 ulcères gastriques à l'autopsie de 96 tuberculeux, par contre Von JACKSCH, en 1844, note 20 % de lésions bacillaires chez 166 ulcéreux ; puis ANGELES 19 % en 1853 ; P. BRINTON 22 % en 1864 ; PERRY et SHAW 35 %.

En 1901, SOPHUS BANG publie la première grande statistique valable en retrouvant 2040 tuberculeux sur 6000 ulcéreux, soit 34 %.

Tuberculose gastrique.

C'est à la même époque que des auteurs lyonnais, et en particulier ARLOING dans sa thèse, étudient les lésions spécifiques de tuberculose gastrique. Mais ils montrent en même temps sa rareté, les bacillaires chroniques présentant le plus souvent des lésions banales d'ulcère d'estomac sans spécificité.

De nombreuses autres publications se succèdent sur ce sujet jusqu'en 1920-21 (Mouriquand, Poncet, Leriche, Moncorgé, Quénardel, Letessier). En 1924, toujours à Lyon, CADE et RAVALT trouvent chez 139 ulcéreux 39 tuberculoses, c'est-à-

dire 28 % ; parmi elles, 34 sont antérieures à l'ulcère et se révèlent être des formes mineures, peu évolutives ; il s'agit là d'une notion qui sera plusieurs fois reprise par la suite.

En 1931, STURVENANT et SHAPIRA aux Etats-Unis, analysent 7 700 protocoles d'autopsie : ils retrouvent sur ces décès de toutes causes 1,52 % d'ulcèreux gastriques ; par rapport aux seuls porteurs de lésions tuberculeuses en activité, ce pourcentage s'élève à 3,70 %, soit plus du double. D'autre part, l'incidence de la tuberculose chez les malades ulcèreux comparée à celle notée sur l'ensemble des vérifications nécropsiques varie là encore dans un rapport de plus du simple au double, puisqu'elle est de 11,5 % en tout contre 28,2 % chez les porteurs d'ulcères (891 tuberculoses pulmonaires actives sur 7 700 observations ; 33 TP sur 117 porteurs d'ulcère en activité) (11).

De nombreux autres chiffres, publiés en Allemagne, sont analysés dans la monographie de MULLER : ainsi l'incidence de l'ulcère digestif chez les tuberculeux varie de 1,2 à 2,1 % pour Lauritz, Von Lobiecke, Melchior. HIRSCHOWITZ de son côté, retrouve sur 4538 autopsies faites à Prague lors de la première guerre mondiale, 944 tuberculoses responsables du décès et parmi elles 31 ulcères, soit 3,2 %. (11)

Hypothèses pathogéniques.

Cette tuberculose des ulcèreux peut être soit secondaire à l'ulcus, et d'évolution alors banale, soit préalable et révélée par les troubles digestifs ; dans les deux cas, le rôle sous-alimentant de l'ulcère paraissant déterminant. Encore que certains comme Letessier, Cade et Ravault aient soulevé l'hypothèse inverse : la dyspepsie des tuberculeux pourrait, dans les cas de tuberculose antérieure à l'ulcus, créer un véritable ulcère, différent des lésions gastriques spécifiquement bacillaires. Car si la gastrite bacillaire est rarissime, la toxine tuberculeuse aurait par contre un tropisme particulier pour les formations neuro-vasculaires de la muqueuse gastrique, facilitant ainsi l'éclosion d'un ulcère. Ou plus volontiers encore, comme le pense LOEPER cité par BROUET, l'ulcus serait une réponse de type allergique aux décharges histaminiques dues à l'agression tuberculeuse (augmentation du pouvoir histamino-pexique du sang). Cette notion serait à rapprocher des constatations de LUCIEN qui note une forte hyperchlorhydropepsie chez les tuberculeux chroniques, favorisant l'agression de la muqueuse gastrique. Ce sont les gastro-entérologues qui se révèlent les plus convaincus partisans d'une filiation ulcus-tuberculose. Ils insistent volontiers à ce sujet sur une certaine analogie morphologique entre les candidats aux deux affections : il s'agirait très souvent d'individus de type

longiligne, qui manifesteraient une certaine labilité neuro-végétative.

TUBERCULOSE DES GASTRECTOMISES

Quel est le rôle de la gastrectomie sur la morbidité tuberculeuse ? La question a été également fort étudiée, spécialement depuis le dernier conflit mondial. La résection gastrique classique aux 2/3 déjà en vogue et parfaitement réglée dès l'avant-guerre, subit la même recrudescence que les affections gastro-duodénales après les hostilités. C'est alors qu'apparaissent les publications nombreuses sur les séquelles multiples du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. Actuellement, on observe un net mouvement inverse, en faveur de techniques opératoires plus physiologiques, tendant à conserver le plus d'intégrité anatomique possible à l'estomac pour éviter les effets secondaires fâcheux de la gastrectomie classique.

La monographie de MÜLLER, publiée en 1941 en Allemagne, peut servir de référence de base à la question, bien que dès 1927, Winckelbauer et Frisch aient publié 5 observations de tuberculose pulmonaire aiguë après gastrectomie sub-totale. En 1943, Ameuille et Willmoth rapportent semble-t-il le premier cas français, et l'incluent dans le cadre des tuberculoses post-opératoires (55).

MANDAVY, en 1946, dans sa thèse présentée à Bordeaux sur le devenir de 33 gastrectomisés, relate un cas de tuberculose mortelle où l'acte opératoire aurait fourni le coup de fouet évolutif à des lésions préexistantes.

Mais c'est à OLMER et HUGUET que l'on doit, en 1947, la publication des quatre cas princeps qui vont engager le débat, resté ouvert à ce jour, sur la part de responsabilité de tel ou tel facteur favorisant. Il s'agissait ici de bacillooses à marche rapide qui s'étaient déclarées, chez des sujets antérieurement indemnes, quelques mois seulement après l'ablation de l'estomac.

Une multitude de publications ont suivi, souvent contradictoires, il semble cependant que désormais chacun admette les évidences essentielles.

En 1948, FLEURY rapporte dans sa thèse 21 observations: 13 fois on ne put retrouver aucune lésion pulmonaire antérieure à l'atteinte gastrique.

Ce travail, repris et complété par ISORNI et ses collaborateurs, amène à des conclusions moins formelles que celles d'Olmer et Huguet sur la filiation et la gravité de l'association pathologique. Les auteurs font quelques réserves quant aux hypothèses pathogéniques : ils admettent surtout la gravité des lésions pulmonaires préexistant à l'acte opératoire, lequel aurait un "effet starter" sur la reprise évolutive des dites lésions.

En 1950, VILLATTE à Cambo, retrouve 14 gastrectomisés sur les 135 derniers entrants, soit un pourcentage record de 10 %. Ce résultat ne tient compte que d'un échantillonnage trop réduit, à la fois en nombre et en durée, et la loi des séries explique suffisamment ce taux exceptionnel et peu convaincant. (11).

Par contre, G. BROUET, MARCHE, BROCHEN et BOURVEN reprennent l'année suivante l'ensemble de la question de la "tuberculose pulmonaire des gastrectomisés et des ulcéreux".

BROCHEN avait en 1950 dans sa thèse, inspirée par G. Brouet, fait l'analyse très complète de 40 observations de gastrectomisés bacillaires, avec leurs aspects chronologique et clinique ; il avait par ailleurs recherché l'incidence de la tuberculose sur un lot de gastrectomisés, en insistant sur une étiologie nutritionnelle vraisemblable. Il terminait par des considérations pratiques précises sur la nécessaire surveillance de ces opérés.

C'est de l'article de ces auteurs que nous avons tiré nos principales données historiques et statistiques sur la tuberculose des gastrectomisés et des ulcéreux. Celle-ci fera l'objet de la thèse de BOURVEN, également inspirée par le Professeur Brouet.

En 1952 de nouveau, G. BROUET, MARCHE et PALEY récapitulent dans une communication à la société de gastro-entérologie leurs conclusions antérieures, les plus déterminées du moment à admettre une filiation entre les deux atteintes pathologiques, vraisemblablement nutritionnelle ; cette conviction les conduit à conseiller diverses règles pratiques précises avant de poser une indication opératoire chez un ulcéreux de l'estomac ou, après l'intervention, à titre de surveillance des gastrectomisés.

Les années 1951-52 voient éclore la publication de nombreux travaux français. MINET et WAREMBOURG présentent leur statistique : 68 gastrectomisés sur 3 100 tuberculeux soit 2,2 %.

A Bordeaux, la thèse de DARLEGUY résume les points essentiels de la tuberculose des gastrectomisés, insistant sur son aspect métabolique nutritionnel : perturbations protidiques principalement.

HARTMANN et FAUVERT retrouvent 5 tuberculeux sur 100 gastrectomisés revus après leur opération.

HILLEMANN et ses collaborateurs notent dans les mêmes conditions 28 fois des manifestations bacillaires dont la moitié à caractère évolutif, sur 180 gastrectomisés suivis avec un recul suffisant.

A Lyon, BRUN et ses élèves insistent : d'abord sur la co-existence fortuite possible chez le même individu de deux affections qui sont parmi les plus fréquentes de la pathologie ; ensuite sur la possibilité de révélation par un ulcère gastro-duodénal de lésions tuberculeuses antérieures, jusque là latentes. Ils estiment que seulement une fois sur deux la gastrectomie peut être mise en cause dans la survenue d'une tuberculose ; dans les autres cas, les délais sont trop longs ou les lésions préexistantes. Ils rejettent "l'influence tuberculisante directe" de la gastrectomie, mais en admettent le caractère périlleux en cas de lésions bacillaires antérieures.

Dans sa thèse très documentée, DUMÉE compare trois statistiques issues de services chirurgicaux ou sanatoriaux. Il constate que 10 % des gastrectomisés d'un grand service chirurgical parisien, revus trois mois ou plus après leur opération, ont présenté des signes de tuberculose (dont 5 % avec une évolution fatale). Il retrouve par ailleurs 3 % de gastrectomisés dans les sanatoriums français. Il pense enfin que la malnutrition, si souvent retrouvée chez les gastrectomisés, malgré les fréquentes et réelles améliorations fonctionnelles de leur état digestif, peut fort bien expliquer l'apparition de tuberculose post-gastrectomiques tardives. L'auteur en déduit les mêmes conclusions pratiques que G. Brouet et coll. quant à la nécessité d'examens pulmonaires pré- et post-opératoires.

QUEREL apporte en 1953 dans sa thèse diverses données statistiques sur la chronologie des faits pathologiques : l'auteur n'admet comme tuberculose post-gastrectomique proprement dite que celle qui survient entre 2 et 5 ans après l'opération.

BOUTRY de son côté estime que la gastrectomie est une intervention dangereuse de par son incidence bacillaire : 6,2 % de tuberculoses retrouvées sur 222 opérés.

A Lyon en 1954, DESPIERRE, FAYOLLE et ROSSET reprennent le problème, en soulignant sa difficulté, due en grande partie au fait qu'il concerne trois disciplines médicales différentes pneumo-phtisiologie, gastro-entérologie, chirurgie, chacune avec un éclairage propre.

Leur contribution chiffrée porte sur 1500 cas et souligne quelques notions fréquemment reprises par d'autres auteurs : prépondérance des malades masculins, à l'âge moyen de la vie, souvent éthyliques, ce dernier point leur paraissant capital pour le caractère plus ou moins favorable de l'évolution. Leur conclusion est nuancée, admettant le possible rôle aggravant de la gastrectomie sur les lésions bacillaires mais à l'égal de celui de toute autre intervention.

Citons d'autres chiffres : pour PEARSON, il existerait 2 à 4 % de bacillaires parmi les gastrectomisés suivis plus de cinq ans (55).

WHARTIN trouve 7 cas de tuberculose sur 346 opérés (2 %) ; ALLISON précise les délais d'apparition, très variables : de 14 jours à 14 ans pour les 14 cas rapportés. (55).

RENTSCHNICK et DEMOLE reprenant sur le plan statistique le travail antérieur de Brun, comparent deux lots de malades ulcéreux : ils y retrouvent un pourcentage de tuberculeux allant du simple au quadruple suivant qu'ils ont été traités médicalement ou chirurgicalement.

D'autres thèses sont encore publiées, parmi lesquelles : celle de JOUISSE, dont l'échantillonnage se rapproche du nôtre car il concerne des sujets ayant souffert de captivité ; celle de KEROMEST qui reprend les rapports généraux liant la tuberculose à la maladie ulcéreuse.

DUSSERT, s'appuyant sur quelques observations personnelles, précise la notion de terrain propice à la conjonction des deux atteintes et tente un portrait morphologique de l'ulcéreux bacillaire.

En 1956, THORN, BROOKS et WATERHOUSE retrouvent en Angleterre 2 % d'incidence tuberculeuse dans une population d'opérés ; ils font intervenir différents facteurs tel que le poids pré-opératoire pour préciser le risque d'exposition à une bacillulose ultérieure (55).

L'année suivante, FRUCHT et ses Collaborateurs prennent à leur tour position à propos de 1 000 cas : ils croient seulement possible après gastrectomie l'aggravation de lésions bacillaires déjà évolutives à l'exclusion de la réactivation de séquelles et encore plus de la greffe de lésions nouvelles (55).

CHOLTUS revient dans sa thèse sur la nécessité d'une surveillance pulmonaire soigneuse avant toute gastrectomie ; contrairement à Frucht, il estime en effet prépondérante en cas d'éclosion bacillaire post-gastrectomique, la réactivation des lésions anciennes, torpides et méconnues.

En 1958, DESPIERRE et JACOUTON (puis ce dernier dans sa thèse) font la revue d'un travail antérieur et, examinant le devenir d'un lot de gastrectomisés ils pensent que l'incidence bacillaire élevée qu'ils y notent est surtout le fait de lésions préopératoires méconnues, réactivées par l'intervention, mais dont le lit aurait été favorisé plus par l'ulcère lui-même que par l'acte opératoire. Ils insistent donc sur la fréquence de l'association ulcère-tuberculose et formulent l'hypothèse de la similitude de terrain, en rapportant à ce propos les observations de deux frères ulcéreux bacillaires.

DEMOLE et SECRETAN (Genève) donnent les résultats de leur important travail autopsique (3 200 cas) dont l'analyse statistique leur montre que les cas d'association retrouvés ne peuvent être imputés au hasard.

Par contre, dans une communication à la société française de gastro-entérologie faite en 1959, DUPUY et MAILHO, s'appuyant sur un document statistique également très important, estiment qu'il n'y a pas plus de tuberculoses pulmonaires chez les gastrectomisés que dans une population standard. Pour eux, la fréquence d'association des deux atteintes peut aussi bien être le fait d'une coïncidence fortuite que d'une filiation réelle, s'opposant ainsi vigoureusement à l'opinion la plus généralement admise. Par contre, ils croient à l'influence de la captivité sur l'éclosion de l'ulcère.

La même année au congrès de thérapeutique de Strasbourg, TRAISSAC et Coll., de Bordeaux, mentionneront en bonne place parmi les séquelles malheureuses des gastrectomies, la tuberculose pulmonaire pour laquelle ils croient à une relation pathologique directe, élective.

Pour ENTZ, MARK et ROKA, de Budapest, qui retrouvent 5,6 % d'ulcéreux dans une population bacillaire, c'est la tuber-

culose qui, en modifiant le tonus nerveux du sujet, prédisposerait à l'ulcus, ce dernier imposant malheureusement très souvent la gastrectomie.

Sur le thème "Etsomac et Tuberculose", la société française de pneumo-phtisiologie d'Algérie a organisé en 1960 un colloque où divers rapports sur les deux pathologies furent présentés : en particulier par MOLINA, FITOUSSI et SIRVEN qui rappellent le caractère dramatique des tuberculoses survenues chez des sujets nord-africains opérés d'ulcère gastro-duodénal.

BALGAIRIES et PREVOST publient de leur côté des chiffres impressionnants, puisqu'ils aboutissent à multiplier par six l'incidence bacillaire dans un échantillonnage très particulier de mineurs pneumoconiotiques, suivant qu'ils sont porteurs ou non d'une gastrectomie.

BAECHLER, dans sa thèse de Genève, retrouve sur ses 474 documents cliniques des pourcentages voisins, et conclut à la réalité d'une filiation, sans par ailleurs risquer d'hypothèses pathogéniques.

BONNET-EYMARD et ses Collaborateurs rejoignent, à propos de 60 cas d'association, l'opinion d'une similitude de terrain : pour eux, la pathogénie carentielle est la plus vraisemblable ; l'éthylisme a son rôle propre aggravant ; enfin les lésions pulmonaires préalables et latentes, révélées par le traumatisme digestif, sont probablement fréquentes.

En 1961, l'équipe lyonnaise d'OLLAGNIER et Coll. apporte sa contribution statistique à ce sujet rebattu. La discordance des opinions émises semblant, pour ces auteurs, provenir du recrutement différent des malades, ils se sont efforcés d'éliminer ce facteur pour aboutir à une vision objective des faits. Leurs conclusions permettent de les ranger parmi les partisans convaincus de la réalité d'une tuberculose des gastrectomisés.

A leur tour, COLLAS, PENINOU-CASTAING et MARISAL concluent de leur expérience sanatoriale, essentiellement clinique, que : l'ulcère gastro-duodénal est la maladie qu'ils rencontrent le plus souvent associée à la tuberculose de leurs patients ; l'atteinte digestive précède la plupart du temps les lésions pulmonaires ; la maladie ulcéreuse est tout autant responsable que la gastrectomie dans l'étiologie de ces tuberculoses. Ils établissent enfin un parallèle original entre le potentiel de l'une et l'autre atteinte, en constatant que l'une "sommeille" lorsque l'autre est en poussée et inversement.

DEMOLE reprend en 1962 ses dernières conclusions, insistant sur les causes nutritionnelles de cette pathologie, aux conséquences métaboliques multiples et complexes.

Un article de GASCARD à Marseille, fait une revue complète de la question à la fois sur les plans historique, clinique et pathogénique, en soulignant à son tour le rôle du syndrome carentiel du gastroprive et en terminant par un rappel pratique, thérapeutique et préventif.

A propos de la pathologie de la captivité, MARTIN-LALANDE souligne dans une communication récente, la proportion nettement accrue de l'ulcère-gastrectomie chez les anciens prisonniers de guerre, et les conséquences carentielles dans l'éclosion ultérieure d'une tuberculose pulmonaire.

A Athènes, STEPHANOPOULOS, PAPADOPOULOS et KAMAROULIAS (1962) regroupent les principales statistiques avant d'apporter la leur ; ils rejoignent dans leurs commentaires les tenants des relations entre gastrectomie et tuberculose pulmonaire.

LESOBRE dressera cette année même (1963) avec OURY et INIGUEZ un remarquable tableau synthétique de cette association pathologique, telle qu'elle est actuellement comprise, en insistant sur ses aspects socio-économiques non négligeables. Il est ainsi dressé un véritable portrait-robot de l'ulcéreux gastrectomisé, devenu tuberculeux alcoolique.

Essayant d'étayer leurs hypothèses sur des faits contrôlables, de nombreux chercheurs ont tenté, au cours des récentes années, de définir biologiquement l'ulcéreux bacillaire gastroprive. Citons les travaux de Lambling et CONTE (ce dernier ayant fait dernièrement le point de la question), de Hartmann et Fauvert qui soulignent les perturbations du métabolisme protidique ; ceux de Lichtwitz et Coll., de Lods qui, à propos de l'ostéo-pathologie du gastrectomisé rapportent les troubles chiffrés du métabolisme calcique de ces sujets.

D'autres travaux sont actuellement poursuivis, notamment par l'école d'Etienne BERNARD, pour situer sur un plan plus général les rapports entre affections digestives et pulmonaires, ceci par le biais d'un terrain héréditaire commun, dont les fondements se trouveraient dans une déficience des fonctions exocrines digestives et respiratoires (dysexocrinie). Le modèle clinique de ces faits nous est actuellement fourni par la maladie fibro-kystique du pancréas ou mucoviscidose, transmise hérédi-

tairement et dont l'expression biologique est faite de modifications quantitatives et qualitatives des sécrétions muqueuses de la sueur (celles-ci servant de test diagnostic simple : Di Sant' Agnese). Cette affection est habituellement fatale à échéance plus ou moins brève chez les enfants ; à l'opposé, on insiste actuellement sur la fréquence de possibles formes frustes, cliniquement et génétiquement incomplètes, retrouvées jusqu'à l'âge adulte.

C'est peut-être là que se trouve la clé des rapports entre la maladie ulcéreuse digestive et les affections chroniques des voies respiratoires.

Quelles conclusions tirer de cette longue suite de travaux ?

L'intérêt porté par tant d'auteurs au problème de la tuberculose pulmonaire chez l'ulcéreux digestif n'a pas encore résolu définitivement le point capital de la pathogénie susceptible de relier les deux maladies ; les actuelles recherches biochimiques s'emploient à retrouver chez le sujet qui en est porteur les stigmates d'un terrain héréditairement morbide commun aux deux affections, comme il est admis pour chacune d'elles prise isolément.

Le cas particulier de l'ulcéreux gastrectomisé apparaît plus simple à explorer les facteurs mis en jeu étant apparemment plus accessibles, qu'ils soient d'ordre métabolique ou statistique.

Parmi les phthisiologues ou les gastro-entérologues, non plus que chez les chirurgiens, l'accord n'est cependant complet. En effet, tandis qu'Olmer sonne l'alarme bientôt suivi par Brouet, Hillemand et leurs élèves, Dumée apporte la première mise au point chirurgicale sur les dangers de la gastrectomie ; d'autres comme Isorni, Despierres et leurs collaborateurs, Quérel, Choltus croient surtout à la réactivation de lésions torpides et méconnues. Les derniers enfin, tels que Brun, Jacouton, Dupuy et Mailho, tout en reconnaissant l'importance numérique des faits, sont tentés de l'attribuer à une pure coïncidence, dégageant au maximum la responsabilité de la gastrectomie.

En fait, les plus récents travaux semblent convaincus des conséquences phthisiogènes d'une intervention que les chirurgiens tendent à abandonner au profit d'opérations plus physiologiques.

II. - ESSAI RECAPITULATIF

=====

DES STATISTIQUES PUBLIEES.

=====

A l'image de ce qu'ont récemment fait les auteurs grecs Stephanopoulos et Coll., nous avons tenté un regroupement aussi complet que possible des diverses données numériques retrouvées dans la littérature ; nous les avons rassemblées en tableaux où plusieurs de nos chiffres sont empruntés aux auteurs sus-cités : nous y avons inclu également notre statistique personnelle dont la présentation détaillée sera faite au début de l'étude analytique de nos dossiers (2e partie).

1/ Dans le tableau n° 1, sont réunis par échantillonnages d'importance décroissante, les sujets tuberculeux retrouvés dans différents lots de malades ulcéreux connus. Parmi les statistiques nécropsiques, toutes relativement anciennes (et dues pour une part à Cade et Ravault), nous trouvons des taux d'incidence bacillaire allant de 17 à 35 %, avec une moyenne de 32 %, due à l'énorme prépondérance de la série de Bang. Les résultats à partir des deux études purement cliniques, vont de 16 % avec Jacouton à 5,5 % avec Baechler : notons que le taux retrouvé par Jacouton rejoint le plus bas des résultats précédents, et se décompose en 10 % de lésions séquellaires (telles qu'elles auraient pu être découvertes lors d'un dépistage systématique sur cadavre) et 6 % de lésions évolutives ; le taux de Baechler correspond quant à lui à des cas de tuberculose de découverte fortuite chez des ulcéreux hospitalisés.

Le taux global s'établit alors à 30 % (2267 TP chez 7327 ulcéreux).

2/ Dans le tableau n° 1 bis, sont rassemblés, selon le même mode les tuberculeux retrouvés dans différents lots de gastrectomisés.

Nous obtenons ainsi un total de 13 015 gastrectomisés dont 430 ont présenté des manifestations bacillaires ultérieures, soit en moyenne 3,3 % avec des extrêmes allant de 0,5 à 16 %. Ces chiffres appellent quelques commentaires : nous sommes en pré-

sence, à la différence du tableau précédent, d'un échantillonnage exclusivement vivant, où seuls les cas de tuberculose patente ont été relevés, soit à la suite de poussées évolutives, soit après contrôle radiologique ; ont été évidemment laissés dans l'ombre et statistiquement ignorés les cas de bacillose qui ont pu apparaître chez d'autres opérés, trop vite perdus de vue. C'est là qu'intervient l'importante notion des délais de surveillance des gastrectomisés : elle seule peut expliquer les étonnantes différences de taux retrouvées dans ce tableau ; expliquer également la reconnaissance tardive par les chirurgiens de la gravité du problème, en raison de leur contact très réduit avec leurs opérés (ceux-ci disparaissent dès qu'ils ne souffrent plus) (56). Aussi les statistiques chirurgicales sont-elles habituellement optimistes (Angeletti), sauf celle de Dumée comme nous l'avons vu. (Cf. historique).

Ce sont essentiellement les gastro-entérologues qui revoient ces malades, ainsi que les phthisiologues et c'est pourquoi leurs chiffres sont supérieurs. De plus pour Balgairies notamment, intervient un autre facteur : ses malades sont des pneumoconiotiques connus comme particulièrement sensibles à l'infection bacillaire et régulièrement examinés de façon préventive.

L'écart constaté entre gastrectomisés et ulcéreux tient (nous l'avons antérieurement dit) à la nature différente des deux recrutements (malades vivants ou nécropsiés). Remarquons que, précisément, les échantillons vivants du premier tableau fournissent des résultats comparables à ceux du tableau 1 bis, autrement dit qu'il apparaît à peu près autant de tuberculoses chez les ulcéreux non opérés que chez des gastrectomisés (Cf. Brun et Coll., Jacouton).

3/ Abordons maintenant la question sous l'angle des phthisiologues et voyons dans le tableau n° 2 les proportions de malades ulcéreux digestifs non opérés dans les populations sanatoriales. Nous avons d'une part deux données historiques obtenues à partir de travaux autopsiques, d'autre part quatre statistiques d'origine clinique, aux séries et aux résultats très voisins.

Le taux global ainsi retrouvé est de 2,5 % (159 ulcéreux sur 6 328 bacillaires).

TABLEAU 1
TUBERCULEUX RETROUVES DANS DIVERS LOTS
DE MALADES ULCEREUX CONNUS.
ETAT COMPARATIF.

Auteurs	Nb d'ulcéreux	Tuber- culeux %
<u>a) constatations nécropsiques</u>		
BANG	6 000	2 040 (34%)
Von JACKSCH	166	33 (20%)
CADE et RAVALT	139	39 (28%)
STURVENANT et SHAPIRA	117	33 (28%)
STEINER	110	33 (30%)
DIETRICH	103	18 (17%)
PERRY SHAW	70	25 (35%)
VOLKMANN	48	5 (22%)
Totaux partiels	6753	2 226 (32%)
<u>b) constatations cliniques seules</u>		
BEACHLER	474	25 (5,5%)
JACOUTON	100	16 (16%)
	574	41
Total général	7327	2 267 (30%)

TABLEAU 1 bis
TUBERCULEUX RETROUVES DANS DIFFERENTS LOTS
DE GASTRECTOMISES - ETAT COMPARATIF.

Auteurs	Gastrectomi- sés	Tuberculeux	(%)
Statistique de Pearson	4 358	109	2,5
Demole et Rentschnick	3 720	66	2
Angeletti	800	4	0,5
Pulvertaft	632	10	1,5
Dupuy & Mailho	500	16	9,2
Anderson & Coll.	481	16	3,3
Whartin	346	7	1,9
Richardson	247	13	5,2
Wörrlein	247	6	2,4
Swynnerton	233	6	2,5
Dumée	232	27	11,6
Boutry	222	14	6,2
Balgairies	206	26	12,6
Despieres & Jaconton	201	32	16
Perissat	197	12	6
Hillemand	180	27	15
Hartmann	120	5	4,1
Pearson	93	4	4,3
Total	13 015	430	3,3

TABLEAU 2.

MALADES ULCEREUX NON OPERES, RETROUVES
DANS DIVERS LOTS DE BACILLAIRES
ETAT COMPARATIF.

Auteurs	Nb de ba- cillaires	Ulcéreux (%)
a) <u>Travaux nécropsiques</u>		
LOUIS	96	2 (2)
HIRSCHOWITZ	944	31 (3, 2)
Totaux partiels	1 040	33 (3, 1)
b) <u>Travaux cliniques</u>		
ENTZ & Coll.	1 105	26 (2, 2)
OLLAGNIER & Coll.	1 474	27 (1, 8)
COLLAS & Coll.	1 525	38 (2, 4)
Nous-mêmes	1 584	35 (2, 1)
	5 288	126 (2, 3)
Total général	6 328	159 (2, 5)

TABEAU 2 bis

NOMBRE DE GASTRECTOMISES RETROUVEES DANS DIVERS
LOTS DE MALADES BACILLAIRES - ETAT COMPARATIF -

Auteurs	Tuberculeux	Gastrectomi- sés	%
Neubert	16 600	212	1,2
Dumée	10 400	282	2,7
Minet & Warembourg	3 100	69	2,2
Frisch & Coll	2 981	171	5,7
Stephanopoulos & Coll	2 100	87	4,1
Nous-mêmes	1 584	84	5,3
Brouet & Coll	1 572	37	2,3
Collas & Coll	1 525	48	3,1
Despieres	1 510	38	2,5
Ollagnier	1 474	65	4,4
Rosner	1 348	47	3,4
Entz & Coll	1 105	36	3,2
Frucht & Coll	1 000	17	1,7
Boman	900	20	2,2
Neubert	832	32	3,5
Isorni	741	21	2,8
Mac Farlone	700	3	0,4
Lesobre	158	10	6,4
Villatte	135	14	10,3
Gascard	80	8	10
Total	49 845	1 301	2,6

4/ Dans le tableau n° 2 bis, nous avons regroupé les statistiques concernant 49 845 tuberculeux pulmonaires : 1301 d'entre eux ont été gastrectomisés, soit 2,6 %, c'est-à-dire 1/2 fois moins que notre propre taux et celui de nombreux auteurs ayant travaillé sur des échantillons de même importance. Les pourcentages s'échelonnent largement là aussi, de moins de 1 % à plus de 10 %. La faiblesse relative du taux de la plus importante série explique sans doute la moyenne. Si d'ailleurs, nous extrayons du total cette série de Neubert en même temps que celle de Mac Farlane et celles numériquement très faibles de Gascard et Villatte aux taux par contre nettement au-dessus de la moyenne, nous aboutissons à un total de plus de 30 000 malades dont plus de 1 000 opérés, soit sensiblement le taux retrouvé par Dumée dans l'exploration des effectifs sanatoriaux (3 %).

Résumons en quelques lignes les résultats auxquels nous sommes parvenus : chez 30 % en moyenne de porteurs d'ulcère digestif on a retrouvé des lésions de TP ; sur un lot d'une dizaine de milliers de gastrectomisés, sensiblement 3 % ont présenté une atteinte bacillaire patente. L'étude de diverses populations bacillaires fait à son tour apparaître des taux de 2,6 % de gastrectomisés et de 2,5 % d'ulcéreux non opérés.

En référence aux valeurs habituellement fournies dans la population générale, ces taux sont supérieurs : une enquête sur 100 000 dossiers de la Sécurité sociale de Paris (1952) retrouve 2,7 % d'affections digestives, dont 16,6 % d'ulcères, soit 0,4 % de l'ensemble ; un autre sondage portant sur 40 000 salariés, retrouve 300 gastrectomies soit 0,7 %.

oOo

Deuxième partie

ETUDE ANALYTIQUE DES 119 OBSERVATIONS

Abordons maintenant l'étude de nos propres dossiers : nous l'avons divisée en différents chapitres dont la teneur découle de l'analyse systématique de chaque observation : nous envisageons ainsi successivement :

- les aspects chiffrés de notre échantillonnage ;
- l'étude socio-somatique des malades : âge, morphotype, origines, situation sociale,
- leurs histoires digestive et pulmonaire, suivies de quelques faits biologiques.

Nous nous préoccupons alors des corrélations qui lient les deux pathologies entre elles, ce qui fera l'objet d'une troisième partie, avant l'exposé des conclusions.

I. - PRESENTATION DE L'ECHANTILLONNAGE

=====

Sur 1584 malades hospitalisés au sanatorium des Pins depuis octobre 1954 jusqu'à mai 1963, nous avons dénombré 119 ulcères digestifs dont 84 (70 %) ont subi l'ablation de l'estomac (gastrectomie classique des 2/3), et ceci une fois sur deux d'emblée, inaugurant les troubles digestifs.

Il y a dans ce lot un malade sur deux qui est ancien prisonnier : 60 en tout.

Nous retrouvons donc 7,5 % d'une population bacillaire qui a présenté un nombre d'années variable avant l'atteinte tuberculeuse, des phénomènes pathologiques digestifs de type ulcéreux ; trois sur quatre des sujets ont subi un traitement chirurgical de cet état : 5,3 % de gastrectomisés.

Si nous étudions le détail par année d'admission de la répartition de ces deux catégories de malades (Tableau n° 3), nous constatons que le pourcentage global de "digestifs" par rapport aux entrants oscille de 5,5 % à presque 10 % avec de 3,3 à 8 % de gastrectomisés, soit une proportion d'ulcéreux opérés

TABLEAU 3.

REPARTITION DE NOS MALADES ULCEREUX
NON OPERES ET GASTRECTOMISES SUIVANT
LES ANNEES D'ADMISSION.

Années	Hospitalisés	Nombre total d'ulcéreux		Gastrectomisés	
1954 - 55	316	19	(6%)	14	(4,3%)
1956	181	10	(5,5)	6	(3,3%)
1957	198	13	(6,5)	11	(5,5%)
1958	176	17	(9,6)	13	(7,3%)
1959	165	12	(7,2)	6	(3,6%)
1960	167	13	(7,7)	9	(5,3%)
1961	182	15	(8,2)	8	(4,3%)
1962 et 63 (partiel)	199	20	(10%)	14	(8%)
Totaux	1 584	119	(7,5)	84	(5,3)

toujours comprise pratiquement entre la moitié et les trois quarts. Ces chiffres relativement élevés par rapport à ceux de la littérature en général sont ceux auxquels aboutissent néanmoins Collas et ses collaborateurs sur un recrutement très comparable.

II. - ETUDE DU SOCIO-MORPHOTYPE

=====

1) L'âge des malades : il s'agit de celui qu'ils avaient au moment de leur hospitalisation dans l'établissement : ils sont alors porteurs de leurs doubles lésions digestives et bacillaires pulmonaires, plus ou moins anciennes.

Nous avons classé ces 119 sujets dans un tableau de répartition (Tableau n° 4) par années d'admission et par tranches d'âge de cinq années, allant de 35 à 65 ans (les quelques représentants des âges inférieurs ou supérieurs étant regroupés ensemble à chaque extrémité) ; nous avons également rassemblé avec les années pleines voisines les fractions d'année 1954 et 1963 (partielle).

Que constatons-nous ? D'abord que l'âge moyen global de nos malades se situe à 48,7 ans, avec des âges extrêmes allant de 27 à 74 ans : ce sont bien là les données retrouvées dans la littérature (21, 28, 37, 44).

D'autre part, si l'on compare année par année les âges moyens partiels successifs, nous constatons un vieillissement progressif de la population considérée : nous voyons se déplacer vers la droite et franchir le cap des 50 ans les tranches d'âge à pourcentage maximum, ceci jusqu'en 1962, année où s'est amorcé un net rajeunissement du recrutement en même temps qu'un étalement notable au profit de classes d'individus à la fois plus jeunes et plus âgés ; il est plausible d'admettre comme influençant ce phénomène le rôle joué par la catégorie des anciens prisonniers, laquelle s'amenuise parmi les entrants tandis qu'elle vieillit tout au long de la période considérée.

Nous nous trouvons donc en présence d'un matériel humain constituant un groupe assez homogène de sujets masculins adultes, tous au stade de plein rendement socio-professionnel théorique et répondant pour la plupart à la phase de maturation organique'andropausique.

TABLEAU 4
REPARTITION DES MALADES ULCEREUX ET BACILLAIRES
HOSPITALISES AUX PINS DE 1954 à 1963
ETUDE PAR TRANCHES D'AGES ET PAR ANNEE D'ADMISSION

Age moyen 48,7 ans
Agés limites sup. 74
inf. 27

Années \ Ages à l'entrée	< 35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-65	> 65	totaux	Age moy-en
	Nb.									
1954-55	1	2	5	7	2	1	-	1	19	46
%	5,2	10,5	26,3	36,8	10,5	5,2		5,2		
1956	-	1	2	3	2	1	1	-	10	47,7
		10	20	30	20	10	10			
1957	3	1	2	4	2	-	1	-	13	44
	23	7,6	15,3	30,7	15,3		7,6			
1958	-	1	1	6	5	1	3	-	17	50,7
		5,8	5,8	35,2	29,4	5,8	17,6			
1959	1	-	1	3	4	2	1	-	12	49,7
	8		8	25	33	16,6	8			
1960	-	1	2	4	2	3	1	-	13	50
		7,6	15,3	30,7	15,3	23	7,6			
1961	2	-	1	1	2	4	2	3	15	54,4
	13,3		6,6	6,6	13,3	26,6	13,3	20		
1962-63	3	3	1	5	2	2	2	2	20	47,3
	15	15	5	25	10	10	10	10		
TOTAUX	Nb	10	9	15	33	21	14	11	119	48,7
%		8,4	7,5	13,2	27,4	17,6	11,7	9,3		

2) Morphotype des sujets :

après avoir situé notre échantillonnage dans son état-civil essayons d'en définir le type physique général et voyons s'il coïncide avec le portrait déjà esquissé par certains auteurs de l'individu longiligne, fragile et sensible aux deux types d'agression pathologique (notion de terrain).

Nous avons pour cela cherché à définir quelques caractéristiques morphologiques simples comme le poids et la taille des sujets et le rapport de l'une à l'autre ; nous les avons regroupées en tableau (Tableau n° 5) en y adjoignant les références à un groupe témoin de bacillaires purs. Nous avons enfin fait appel à quelques notions anthropologiques sommaires à titre de référence de base (46 - 59).

a - la taille des malades : c'est celle qu'ils ont annoncée à leur interrogatoire d'entrée ; ils sont répartis par tranches de quatre en quatre centimètre de 1,50 à plus de 1,80 m. Nous constatons qu'entre des limites inférieure de 1,51 m et supérieure de 1,84 m, la taille moyenne est de 1,67 m : plus de 50 % des sujets ont entre 1,60 et 1,69 cm, ce qui correspond tout à fait aux normes de la population française fournies par Vallois ; il y a une majorité d'individus sous et sur-moyens mais la moyenne générale donnée par cet auteur est de 1,646 m soit quand même assez nettement au-dessous de celle de nos cas (- 3 cm) ; par ailleurs, près de 40 % des sujets ont plus de 1,70 m et sont donc à inclure toujours d'après la terminologie des spécialistes dans la catégorie des grandes tailles dites "hypsismes" ; il ne nous reste plus alors que 6,7 % de sujets de moins de 1,60 m.

Or, il s'agit d'un échantillon de population ayant fait sa croissance avant la guerre, donc pas ou peu touché par le phénomène actuellement noté de l'augmentation de la taille parmi les jeunes recrues ; enfin cette série comporte un lot relativement important de "plus de 50 ans" : et les anthropologistes n'affirment-ils pas que la taille humaine décroît après cet âge ? Nous croyons donc avoir démontré la tendance aux grandes tailles de nos cas.

b - le poids : il s'agit là d'une notion sans doute plus contingente, mais utile à l'appréciation de l'état clinique général des malades en temps normal (étant entendu qu'il s'agit du poids avant la maladie, communiqué malheureusement avec plus ou moins de précision par les intéressés lors de leur admission).

Nous obtenons ainsi un poids "normal" moyen de 62 kg, ce qui est peu si l'on se rapporte à la taille moyenne en adoptant la règle classique de Broca qui définit ce poids idéal com-

me égal en kilogrammes au nombre de centimètres au-dessus du mètre que compte cette taille : nous devrions trouver dans ces conditions 67 kg soit cinq de plus qu'en réalité.

De plus, par référence au groupe de 100 témoins de malades tuberculeux sans troubles digestifs, nous constatons dans notre lot d'ulcéreux ou gastrectomisés deux fois plus de poids très faibles (inférieurs à 55 kg) que chez les témoins, lesquels comptent par contre un pourcentage nettement plus élevé de poids supérieurs à 65 kg (presque 50 % contre 35 %).

c - Mais c'est sans doute par l'étude des différences entre tailles et poids (nb de cm au-dessus du mètre moins le nb de kg) que le caractère longiligne certain du groupe échantillon par rapport au groupe témoin est le mieux mis en évidence : en effet, si nous prenons comme gabarit idéal l'absence de différence entre les deux paramètres, c'est-à-dire la case zéro du tableau, plus les résultats trouvés s'en éloigneront, plus les intéressés pourront être considérés comme maigres si l'écart est positif et inversement. Or nous constatons justement chez les malades ulcéreux bacillaires une forte dispersion vers les différences importantes et particulièrement dans le sens des excès de taille par rapport au poids, alors que le groupe témoin rassemble 50 % de ses effectifs dans les catégories normales (jusqu'à plus 5 d'écart), ou manifeste même une certaine tendance à la surcharge pondérale.

Il nous semble bien avoir ainsi retrouvé chez nos malades la notion que nous avons évoquée dans notre historique, celle des caractères physiques particuliers d'un morphotype spécialement favorable à l'installation de la maladie ulcéreuse digestive d'une part et de la tuberculose pulmonaire d'autre part, étiologie commune de terrain notée par les gastroentérologues entre autres et par Dussert.

3) L'ethno-sociologie des malades

Nous avons voulu cerner d'un peu plus près encore notre groupe de malades en étudiant divers caractères qui le situent mieux dans son environnement et doivent permettre de mieux expliquer sa pathologie ; nous avons pour cela recherché successivement :

a - les origines des malades, que nous avons classés en "ruraux" et "urbains", les premiers représentant 41 % et les seconds 29 % du recrutement ; une troisième catégorie concerne sous la rubrique "transplantés" à la fois les étrangers, et tout spé-

cialement les Nord-Africains, mais aussi les citadins récents, ayant depuis peu migré de la campagne vers la ville : il nous a semblé qu'en effet le même facteur de dépaysement, partant de moindre résistance physique, pouvait jouer dans les deux cas pour faciliter l'éclosion des troubles présentés : nous en retrouvons respectivement 16 et 14 cas soit 25 % du total ; 5 % enfin restent inclassés faute de précisions.

b - L'activité socio-professionnelle : nous avons séparé là les manoeuvres divers non spécialisés ou les agents subalternes sans qualification particulière, des ouvriers spécialisés, artisans ou petits cadres ; nous trouvons 73 cas sur 119 des premiers (61 %) contre 41 (33 %) des seconds, soit un rapport du simple au double ; 4 malades sont déclarés "sans profession" (3 %) ; un seul peut à la rigueur être considérée comme cadre à activité intellectuelle (représentant commercial).

Nous rejoignons là parfaitement les constatations déjà formulées par les auteurs à propos du bas niveau social habituel des malades étudiés : "tous les malades étaient ou avaient été des travailleurs manuels, au métier souvent rude, aux conditions de vie pénibles, en tout cas peu compatibles avec la diététique conseillée aux ulcéreux et aux gastrectomisés". (Lesobre).

c - le passé militaire : fonction du recrutement un peu particulier du sanatorium, nous avons déjà signalée l'importante proportion d'anciens prisonniers de guerre parmi nos malades (60 en tout dont 5 déportés ou travailleurs obligatoires) : un sur deux, alors que la proportion de ces anciens captifs par rapport au recrutement général n'est que de un sur trois (504 sur 1521 sujets de 1954 à 1962). Ce "passé" semble donc jouer un plus grand rôle chez les ulcéreux bacillaires.

d - la situation familiale : quelle est la proportion de nos malades qui se trouvent dans ce que l'on est en droit de considérer comme la norme pour des hommes de leur âge, c'est-à-dire à la tête d'un foyer constitué du couple et des enfants ? Assez peu comme nous allons voir : tandis que nous retrouvons 17,6 % de célibataires il y a seulement un peu plus de la moitié des sujets (57 %) qui sont mariés et côtoient leur épouse puisque 11,7 % sont veufs et 10,9 % divorcés ; 2,5 % enfin vivent en concubinage. Nous pouvons résumer ces chiffres en disant qu'à la moitié de situations normales s'opposent celle de situations anormales ou para-normales, état de choses qui s'explique peut-être par le caractère fruste et labile des psychologies et fournit en retour des raisons diverses de déséquilibre psychosocial.

En matière d'enfants maintenant, la répartition de nos cas s'établit comme suit, les célibataires étant exclus : le nombre moyen d'enfants pour chaque ménage, officiel ou non, est de 2,6 soit celui de la population générale actuelle, bien que la génération en question soit plutôt à ranger de ce point de vue parmi celles d'avant guerre : mais le bas niveau social propice aux nombreuses familles contre-balance ce facteur : nous avons 15 % de sujets sans enfants, 45 % qui en ont 1 ou 2, 17 % 3 ou 4 et 23 % plus de quatre.

e - Les antécédents médico-sociaux :

avant d'aborder l'histoire pathologique proprement dite de nos malades, nous avons classé sous cette rubrique :

- d'une part le facteur éthyli, souligné par tous (21, 29, 35, 38) et qui complète malheureusement assez bien le profil psychologique des intéressés, en même temps qu'il détermine la plupart du temps leur devenir pathologique : nous avons dénombré 43 malades qui étaient des éthyliques patents et 12 autres comme probables ce qui nous donne le coquet pourcentage de près de 1 cas sur 2 : 46 % (50 % pour Frucht et coll.) (55).

- d'autre part les antécédents plus proprement héréditaires, quant au terrain bacillaire ou digestif : nous n'avons retrouvé que 15 fois des faits précis : 20 antécédents tuberculeux, 4 pulmonaires non bacillaires ; un seul digestif, les autres n'étant le plus souvent pas précisés (en milieu sanatorial, le passé digestif des ascendants ou collatéraux est évidemment moins fouillé que leurs éventuels stigmates spécifiques) : Levrat par ailleurs convaincu de l'hérédité de la maladie ulcéreuse de l'estomac confirme bien l'insuffisance habituelle de sa recherche chez les porteurs d'ulcus (1).

En résumé, nous pouvons à l'issue de cette étude socio somatique nous souvenir essentiellement que nos malades sont des sujets de la cinquantaine, au morphotype longiligne, dont beaucoup sont revenus de captivité diminués par des troubles digestifs de type ulcéreux, très souvent opérés d'emblée ; leur réadaptation sociale n'a en général jamais été conforme aux ménagements qu'exigeait cet état ; frustes à tous points de vue, trop souvent alcooliques, il s'agit à priori d'individus chez lesquels on ne peut s'étonner d'apprendre qu'une bacillose pulmonaire va venir singulièrement compliquer leur avenir.

Voyons maintenant la succession de ces faits pathologiques.

HISTOIRE DIGESTIVE DES MALADES

Nous voici arrivés à la description des faits pathologiques proprement dits, et nous allons commencer par les troubles digestifs, conformément à l'ordre chronologique de survenue que nous a fourni la grande majorité des observations.

Rappelons que notre échantillonnage de 119 cas se décompose en 35 ulcéreux non opérés et 84 gastrectomisés, soit près des 3/4 des malades (70 %), l'intervention ouvrant la scène clinique digestive pour plus de la moitié de ces opérés (43 soit 51 %).

1 - La date d'apparition des premiers signes :

Nous avons là encore établi un tableau de répartition des cas (Tableau n° 6) : à chaque tranche de temps correspond un nombre de malades donné ; ayant constaté au cours du dépouillement que très nombreux étaient les sujets qui situaient leurs premiers troubles durant la période des dernières hostilités, et sachant par ailleurs que cela coïncidait pour beaucoup à leur temps de captivité, nous avons complété le tableau en notant, pour chaque période considérée, le nombre d'ulcéreux avec sa proportion d'anciens prisonniers, en étalant d'autre part artificiellement la distribution de la zone 1939-46 par rapport à celle des années ultérieures ; nous avons enfin noté le nombre de gastrectomies qui sanctionnèrent ces ulcères, en établissant pour chaque période un pourcentage des interventions par rapport aux ulcères (en nous souvenant que 1 fois sur 2 ces opérations sont inaugurales) ; on constate dans ces conditions qu'une nette majorité de malades a commencé à souffrir de l'estomac durant la guerre ou l'immédiat après-guerre : 71 cas de 1939 à 1950 (59 %), ce qui semble bien correspondre à une décade particulièrement propice à de multiples "stress" qu'ont dû affronter les intéressés ; nous ne trouvons plus dans la décade suivante que 38 cas, soit 32 %. Si nous nous reportons maintenant dans chaque groupe d'années à la proportion d'anciens prisonniers, nous la trouvons surtout élevée pendant les années 1941 à 1944 : ne peut-on évoquer là la notion "d'ulcère de contrainte", telle qu'elle a été vérifiée expérimentalement chez l'animal ? (la malnutrition favorisant

TABLEAU 6
HISTOIRE DIGESTIVE DES MALADES

1) Date d'apparition de l'ulcère : répartition par tranches d'années

Eventuelles conséquences opératoires (Gastrectomies)
(Malades toutes catégories et prisonniers de guerre seuls)

Années		Av ^t 1939	39-40	41-42	43-44	45-46	47-50	51-55	56-60	Après 1960	Totaux
Nom- bre d'ulcé- reux	Ttes catég	6	7	14	13	14	23	21	17	4	119
	PG seuls	3	3	12	10	7	8	6	10	1	60
Nb de gastrec- tomies ulté- rieures	Ttes catég	6	5	9	10	11	21	15	6	1	84
	PG seuls	3	1	5	8	5	7	3	5	-	37
Rapport Nb gas.	Ttes cat.	100	71,4	85,7	76,9	78,5	91,3	71,4	42,8	25	70
Nb ulcères	PG seuls	100	33,3	41,6	80	71,4	87,5	50	50	-	61,6

2) Délai séparant la gastrectomie du début des troubles ulcéreux

Moyenne : 2 ans Limites : sup 17 ans
inf 3 semaines

Nombres d'années	1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	< 10	Total
Nb de cas	51	13	6	5	4	2	3	84
%	61,4	15,6	7,2	5,9	4,8	2,3	3,6	

3) Age lors de l'apparition de l'ulcère ou au moment de la gastrectomie

Age moyen : 38,2 ans Limites : sup 67
inf 17

Agés	> 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	< 60	total
Nb ulcères	1	5	14	24	28	22	9	10	3	3	119
%	0,8	4,2	11,7	20	23,4	18,4	7,5	8,4	2,5	2,5	
Nb de Gastr.	-	1	10	13	21	16	10	9	3	1	84
%	-	1,2	12	15,8	24,8	19,4	12	10,7	3,6	1,2	

en l'occurrence la fragilité gastro-duodénale) ; nous rejoignons là les théories pathogéniques qui font de l'ulcus une maladie de l'adaptation de nature psychosomatique. Quant à l'importance du pourcentage relatif des gastrectomies, nous ne la voyons baisser nettement, c'est-à-dire au-dessous de 50 % que depuis 1956 (rappe-lons-nous le taux global de 70 %) : faut-il voir là les premiers effets des prises de position très fermes des années précédentes au sujet des conséquences parfois graves de cet acte chirurgical, et le résultat d'indications opératoires posées de façon plus précise et restrictive ? Ou bien encore l'influence déclinante du nante du groupe des anciens PG ? (bien que d'après la valeur/ des rapports G/U, ceux-ci ne semblent pas plus nombreux que les autres à avoir subi l'opération).

2 - Délais entre le début des troubles et la gastrectomie :

Le laps de temps qui s'écoule entre les premiers signes d'ulcère digestif et un éventuel traitement chirurgical varie dans des limites assez considérables : nul dans la moitié des cas (gastrectomies inaugurales), il est parfois supérieur à 10 ans (maximum 16 ans) ; mais sa moyenne se situe aux alentours de 2 ans et nous constatons que plus des 3/4 des cas sont compris en deçà de cette limite supérieure de deux ans, les plus nombreux se trouvant même au-dessous du délai d'un an (ce groupe incluant tous les opérés d'emblée) il faut distinguer dans ce lot : ceux qui furent gastrectomisés d'emblée en urgence pour perforation la plupart du temps ou hémorragie (la mode n'étant pas encore à l'aspiration attentiste), mais également ceux chez lesquels, après un plus ou moins vague essai de traitement médical, on a été conduit devant un résultat incomplet ou l'impatience et l'indiscipline des sujets à intervenir trop vite et sans réel profit à long terme (Cf. évolution § 4) .

3 - L'âge des patients au début de leurs troubles :

Nous l'avons retrouvé en moyenne à 38 ans avec des limites à 17 et 67 ans ; plus de la moitié des malades a commencé à souffrir entre 25 et 39 ans (66 cas, soit 55 %). Si nous comparons la répartition des âges auxquels fut pratiquée la gastrectomie, nous la trouvons légèrement décalée vers la droite (âges croissants) conformément à ce que laissait prévoir le délai moyen de 2 ans que nous avons calculé entre l'intervention et les premiers troubles ulcéreux : l'âge moyen de la gastrectomie s'établit alors à 40, 6 années.

4 - L'évolution de ces troubles digestifs :

Nous l'avons jugée sur l'état digestif clinique qu'ont présenté nos malades durant leur séjour sanatorial. En effet, si la plupart d'entre eux se souvenaient avoir été mieux sur le plan fonctionnel après leur opération, ils sont tout aussi nombreux à s'être plaint secondairement et de façon souvent très rapide de nouveaux ennuis de toutes sortes : en gros, un sur deux présente : soit une anorexie, souvent invincible (et sans doute entretenue par l'éthylisme chronique ou favorisée par les traitements antibacillaires, très difficiles à faire endurer aux patients) ; soit des troubles fonctionnels vagues à type de dyspepsie, ou plus caractérisés comme des malaises hypoglycémiques, des crises diarrhéiques, certains dumping-syndromes plus ou moins typiques, parfois même une reprise des phénomènes douloureux, constants ou épisodiques, tous ces ennuis contribuant pour une large part à la dénutrition quasi-totale de ces sujets : il s'agit comme y insiste Collas de "gastropathes chroniques" dont le fonctionnement physiologique du tube digestif semble perturbé à jamais, avec toutes les conséquences qui en découlent sur la plan de l'état général de ces malades et de leurs possibilités de guérison pulmonaire.

Ainsi l'histoire digestive de nos malades se caractérise par son début entre 35 et 40 ans, très souvent en captivité, se bornant 1 fois sur deux à un acte chirurgical, salubre mais agressif dont les suites se révéleront la plupart du temps défavorables à l'équilibre nutritionnel de ces sujets, équilibre dont la précarité est entretenue par l'alcoolisme trop souvent latent.

Ces divers caractères vont offrir à la greffe de lésions bacillaires des conditions particulièrement propices.

PATHOLOGIE PULMONAIRE

Abordons maintenant de façon détaillée l'histoire pulmonaire et bacillaire de nos malades, en présentant ses aspects initiaux et évolutifs.

A - ETAT INITIAL

1 - Le mode de début de la tuberculose

Une fois sur quatre, c'est à la faveur d'un dépistage systématique qu'ont été décelées les lésions bacillaires (26 cas sur 119, soit 23 %) : c'est une proportion banale sur un recrutement sanatorial comme le nôtre.

Dans plus de la moitié des cas (59, soit 53 %), ce fut le tableau général d'imprégnation de la bacillose : baisse de l'état général avec asthénie, anorexie, perte de poids. Physionomie clinique là encore banale, où les signes fonctionnels manquent complètement ou semblent au dernier plan.

Ils prédominaient par contre dans 20 cas (18 %), soit banaux à type de toux ou d'expectoration (7 fois), soit bruyants : 13 de ces cas (soit 11,7 %) furent des hémoptysies d'alarme.

Six fois enfin (5,4 %) furent retrouvée des poussées aiguës inaugurales telles que pleurésies, congestions pulmonaires" ou pseudo-grippes et 8 fois des épisodes divers, parmi lesquels des tuberculoses externes à évolution lente.

2 - L'âge de début :

Il est de 43,8 années en moyenne, avec des limites supérieure à 69 et inférieure à 26 ans. Le tableau de répartition (n° 7) fait apparaître la nette prépondérance des classes d'âge moyen : c'est à une tuberculose de la quarantaine et de la cinquantaine que nous avons affaire ici ; plus de la moitié des cas (61 soit 52 %) se sont déclarés entre 40 et 55 ans, plus des trois

TABLEAU 7
FAITS PULMONAIRES

1) Répartition des malades suivant le mode de début de la TP

Modes	Depist. systèm.	Baisse EG	S F		Poussées aigues	Divers
			banaux	hémopt.		
Nb (119)	26	59	7	13	6	8
%	23,4	53,1	6,3	11,7	5,4	7,2

2) L'âge au début de la tuberculose ; Moy. 43,8 limites sup 69
inf 26

Âges	-de 30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-65	+ de 65	Non précisés
Nb(119)	8	18	13	21	24	16	7	7	2	3
%	6,8	15,5	11,3	18,1	20,6	13,7	6	6	1,7	2,6

3) L'ancienneté des lésions Limite supérieure 17

Années	moins de 1 (première atteinte)	1-2 ans	2-5 ans	5-10 ans (rechutes)	plus de 10 (chroniques)	Total
Nb de malades	31	22	25	21	19	119
%	26	18,4	21	17,6	16	

4) L'importance des émissions bacillaires. Comparaison entre l'entrée la sortie

Catégories	Polybacillaires	Paucibacillaires	Négatifs
Entrée	28 (25%)	54 (48,2)	30 (26,7)
Sortie	15 (13,3)	28 (25%)	69 (61,6)

5) Durée de positivité, depuis le début de la tuberculose jusqu'à négativation confirmée

(Nombre de mois)

	BK+++	BK +	Total
Ulc + TP	6,1	3,5	9,6
Témoins	3,9	2,4	6,3

quarts de 30 à 55 ans ; notons par ailleurs la proportion plus élevée de malades au-dessus de 60 ans qu'au dessous de 30, ce qui confirme l'importance actuellement accordée à la tuberculose des sujets âgés.

3 - Nous avons recherché aussi l'ancienneté des atteintes bacillaires au moment de l'hospitalisation dans l'établissement et les avons classé en trois groupes : moins de 2 ans ("première atteinte"), 2 à 10 ans (atteintes à rechutes), plus de 10 ans (atteintes chroniques invétérées).

Dans une faible moitié des cas (53 soit 45 %), la tuberculose dont sont porteurs nos malades évolue comme une première atteinte, normalement suivie et traitée (c'est-à-dire dans les délais habituellement admis des deux ans de soins pour une forme commune) : 31 de cas (26 %), soit un sur quatre, évoluent depuis moins d'un an.

Dans 46 cas (38 %), il s'agit de lésions à rechute, presque aussi nombreuses entre 5 et 10 ans qu'entre 2 et 5.

La passage à la chronicité est signé par 19 autres cas (16 %) dont la durée d'évolution remonte à plus de 10 ans, avec un maximum de 17 ans dans l'échantillonnage considéré.

Nous allons retrouver sur les autres points de l'étude clinique de ces tuberculoses pulmonaires le même caractère excessivement prolongé et difficile de leur évolution par rapport à la tuberculose commune.

4 - La gravité des lésions :

Nous l'avons définie en fonction de deux critères :

- a) l'étendue ou l'importance, en particulier l'uni- ou la bilatéralité des atteintes à l'entrée ;
- b) d'autre part le caractère favorable ou pas de l'évolution.

a) Nous trouvons 73 cas de tuberculoses bilatérales (soit 61 %), et 46 (39 %) de lésions unilatérales. Voulant vérifier par ailleurs s'il existait une éventuelle relation de cause à l'effet entre cette gravité lésionnelle et l'état gastrique des patients, nous avons établi ces chiffres en comparant ulcéreux et gastrectomisés : les proportions relatives chez les uns comme chez les autres de lésions uni ou bilatérales sont comparables, plutôt en faveur même des gastrectomisés, discréditant ainsi la notion d'un potentiel aggravant propre à la gastrectomie.

B - APTITUDE A LA GUERISON SOUS TRAITEMENT

5 - Etat général durant l'hospitalisation :

Nous l'avons comparé à l'entrée et à la sortie, afin de juger d'une éventuelle amélioration durant la cure sanatoriale. Pour examen comparatif, nous nous sommes référés à un groupe de bacillaires non ulcéreux, ainsi que nous l'avions fait pour l'étude du morphotype.

a) à l'entrée, le poids moyen se situe à 57 kg pour l'échantillonnage (inférieur de 5 kg au poids moyen normal antérieurement fourni) ; il est pour le groupe témoin de bacillaires non ulcéreux de 60 kg, soit un écart de 3 kg en plus (5 %).

b) à la sortie, les chiffres moyens respectifs sont de 59 et 62,5 kg, ce qui représente, par rapport aux poids de départ dans chaque lot un accroissement sensiblement comparable. Nous pouvons noter qu'il y a eu prise de poids pour les 3/4 des malades (+ 3 kg en moyenne avec un maximum de + 10 kg) ; amaigrissement pour 1/4 (moy. : + 2,5, jusqu'à -10 kg).

6 - Importance des émissions bacillaires et leur persistance.

a) La recherche de la fréquence et de l'intensité de ce dernier critère d'évolutivité nous apporte un nouvel élément d'appréciation. Nous avons d'abord divisé notre échantillonnage en trois catégories : polybacillaires c'est-à-dire malades dont les expectorations contiennent plus de 1/2 bacille de Koch par champ microscopique ; paucibacillaires en-dessous de ce chiffre, et enfin négatifs. Puis nous avons compté dans chaque catégorie le nombre d'individus à l'entrée et à la sortie du sanatorium ce qui nous donne un aperçu du degré moyen de stérilisation de l'expectoration après cure. Sur 112 cas (7 étant observés un temps insuffisant) nous avons retrouvé : à l'entrée 28 polybacillaires, 54 paucibacillaires et 30 malades non bacillifères ; à la sortie les proportions étaient respectivement de : 15, 28 et 69 cas. Ainsi le pourcentage de malades positifs (poly- et paucibacillaires) est de 73 % à l'entrée, 38 % au départ : la négativation de l'expectoration est donc obtenue pour un sujet sur deux grosso-modo. Par rapport aux statistiques annuelles de l'établissement, cette proportion est visiblement plus faible : les malades négatifs à la sortie représentent chez les non ulcéreux de 73 à 90 % de l'effectif sortant lors des dernières années et 62 % seulement des malades ulcéreux ou gastrectomisés.

b) A la recherche de ce pourcentage de négativation, nous avons adjoint l'étude du temps mis par les malades pour obtenir ce résultat ; le pointage que nous avons fait sur le lot de sujets négativés durant leur séjour au sanatorium fait apparaître une nouvelle différence significative entre notre échantillonnage et une série de 100 témoins bacillaires purs : le temps moyen de positivité est de 9,7 mois chez nos "digestifs" et de 6,3 mois pour les témoins ; si nous dissociions de ces chiffres globaux les temps respectifs de poly- et paucibacillarité, nous constatons de nouveau des écarts nets entre les deux séries de malades : 6,1 et 3,9 mois de polybacillarité, 3,5 contre 2,4 de paucibacillarité. Nouvel et important argument en faveur du caractère trainant de l'évolution de ces tuberculoses où la rétention de foyers caséux, restant longtemps bacillifères parce que peu accessibles aux agents thérapeutiques, explique le temps de paucibacillarité particulièrement long de certains sujets (18, 12, 10, 9, 6 mois).

7 - Durée du séjour sanatorial :

Ce paramètre nous a paru mériter une étude, en tant qu'indice de gravité lésionnelle, mais aussi comme révélateur du degré d'équilibre psychosocial des malades, conditionnant dans une importante mesure la réussite thérapeutique. Cette durée est en moyenne de 8 mois ; nous avons 7 malades qui sont restés à peine un mois, par indiscipline ou instabilité, rendant très probable l'échec de toute autre tentative. Seulement 26 sujets sont restés le temps moyen nécessaire généralement admis (1 an), sans pour autant toujours tirer de leur séjour le profit que d'autres auraient obtenu.

8 - En effet, l'évolution radio-clinique de nos 119 sujets durant leur séjour au sanatorium s'est montrée 79 fois défavorable ou nulle (66 %) avec 6 décès au total (soit les 5 % déjà notés par Dumée). Seulement 40 cas évoluent favorablement, c'est-à-dire une fois sur trois, là encore dans les mêmes proportions pour les ulcéreux non opérés que pour les gastroprives.

Résumons ces faits pulmonaires : tuberculose de la quarantaine, celle de nos malades se présente par son mode de début et le type des lésions au départ sous un jour banal ou à peine majoré par rapport à celui de la bacillose commune. Ce qui l'en distingue, c'est son évolution, en particulier l'ancienneté et l'étendue des atteintes (1 cas sur 6 remonte à plus de 10 ans), signant la chronicisation bien particulière prévisible dès le début ; après cure, cette évolution qui apparaît sur le plan général satisfaisante et favorable (prise de poids), confirme par contre sur les plans bactériologique et radioclinique l'allure chronique désespérante qui caractérise la T.P. de nos ulcéreux digestifs.

ESSAIS ET TESTS BIOLOGIQUES

Nous avons rassemblé dans ce chapitre les quelques résultats d'examens de laboratoire que nous avons demandé chez les malades présents durant notre enquête, ainsi que ceux de nos propres essais de tests à la sueur.

1 - Dosage du calcium et des protides sanguins.

à la suite des nombreux auteurs qui ont étudié les perturbations métaboliques des gastrectomisés (17, 39, 40), nous avons voulu vérifier sommairement chez nos malades les chiffres des constantes sanguines notées comme le plus souvent modifiées : calcémie et protidémie ; nous les avons fait doser chez 9 gastrectomisés et 6 ulcéreux non opérés (1 suture pour perforation) ; les dosages ont été effectués au laboratoire départemental de Blois.

a) En matière de calcémie nous retrouvons 6 résultats anormaux sur 15 dosages : 4 chez des gastropriques (74, 82, 82, 90 mg de calcium par litre de sérum), 2 chez des ulcéreux (93 et 93 mg/l) ; tous les autres se situent dans les limites physiologiques (entre 95 et 105 mg/l). Si nous établissons la moyenne globale des cas nous la trouvons à 96 mg/l, c'est-à-dire dans les limites basses de la normale ; mais si nous la calculons pour les seuls gastrectomisés, le chiffre tombe alors à 92,5 mg, soit cette fois au dessous des 95 mg physiologiques. Rappelons que Conte retrouve chez ces opérés un taux moyen de calcium sanguin de 87,8 mg/l. Notons également que nous avons pu suivre sur un de nos patients l'évolution de cette hypocalcémie sous traitement correcteur calcique et vitaminique D : à l'entrée du malade, le calcium sanguin était à 82 mg/l et à 97 mg après deux semaines du traitement.

b) en ce qui concerne les protides maintenant, si nous prenons comme normes les chiffres compris entre 70 et 80 g/l de sérum, nous retrouvons chez 3 seulement de nos malades (26 opérés et 1 non) des valeurs un peu inférieures : 69, 69 et 65 g/l, la moyenne générale s'établissant à 74,6 g/l donc dans les normes.

Par contre, les électrophorèses des mêmes malades nous apportent des résultats beaucoup plus intéressants : en effet, le laboratoire n'a constaté une valeur normale du rapport sérum-albumine/ sérum-globuline que deux fois (1, 3 et 1,4) chez 2 sujets ulcéreux non opérés, tous les autres étant inférieurs à 1,2 (N = 1,2 à 1,5) et descendant jusqu'à 0,53. Cela témoigne d'une baisse relative des albumines par rapport aux globulines dans la fraction protéique du sérum de nos malades : c'est un fait qui a été également bien établi chez les gastrectomisés (17 29).

Ajoutons que les dites perturbations ont aussi été notées chez les tuberculeux purs, par augmentation des fractions α_2 et γ globuliniques modifiant ainsi l'équilibre S/G habituel (54).

Nous pouvons quand même conclure de façon positive quant à l'existence de troubles métaboliques chez certains de nos sujets testés : leur caractère nutritionnel (joint aux carences du même ordre créées par l'éthylisme si fréquent) peut avec une certaine vraisemblance être imputé à l'agastrie chez les opérés.

2 - Essais de tests à la sueur

Dans le cadre des recherches actuellement poursuivies pour retrouver aux affections digestives et respiratoires dégénératives un substratum histologique commun, en particulier une possible viciation des propriétés muqueuses des épithéliums glandulaires, nous avons tenté de préciser chez nos malades les signes objectifs de cette dysexocrinie. Bien qu'il ne s'agisse pas précisément, en ce qui concerne l'atteinte pulmonaire, de lésions dégénératives entrant dans la catégorie des "pneumoses" (emphyème, bronchites chroniques, etc...), nous avons décidé de pratiquer sur quelques patients une série de "tests à la sueur de Di Sant' Agnese" selon les modalités des spécialistes de cette pathologie systémique dans le dépistage de la mucoviscidose par exemple. Et nous avons adopté la technique de Henri BOUCHER et coll. (7).

Sur un lot de 20 malades, choisis à la fois ulcéreux (6) et gastrectomisés (14), nous avons procédé comme suit : application sur la région sternale, préalablement rasée et dégraissée à l'éther, d'un rectangle de papier filtre (25 x 60 mm) recouvert d'un autre et plus rectangle de polyéthylène, hermétiquement fixé par du sparadrap, isolant ainsi une zone de sudation ; puis distribution aux patients d'une boisson chaude et isolement par des couvertures de laine de l'extérieur (pièce suffisamment chauffée) : on laisse les sujets transpirer entre une demi-heure et une heure,

après quoi l'on recueille le papier filtre imprégné d'une certaine quantité de sueur et on l'introduit dans un sachet en polyéthylène soigneusement fermé pour éviter toute déperdition ; l'ensemble est pesé par comparaison au poids trouvé à sec (la quantité de sueur nécessaire aux dosages ne peut être inférieure à quelques centaines de milligrammes) ; les échantillons sont alors adressés au laboratoire pour dosage de la concentration en ions chlore de la sueur ainsi recueillie (laboratoire départemental d'Orléans). L'épreuve a été répétée plusieurs fois pour chaque malade testé à seule fin d'obtenir le maximum de volume sudoraux dosables, ceux-ci pouvant varier au cours de la journée.

Nous avons, dans ces conditions techniques d'obtention et de reproductibilité parfois difficile, cependant réussi à obtenir chez 14 sujets des quantités de sueur supérieure à 100 mg pour autoriser 20 dosages indiscutables. Trois fois seulement, le taux de chlore s'est situé au delà de la valeur de 50 mEq/l, considérée comme significative d'un trouble muqueux certain : respectivement 55, 60, et 70 mEq/litre de sueur chez trois malades sur 14. On ne peut raisonnablement inférer de ces résultats fragmentaires des conclusions quelconques ; mais il n'y a pas non plus de raison d'exclure a priori de la pathologie de système évoquée plus haut nos tuberculeux ulcéreux digestifs. Les recherches sont à poursuivre.

Troisième partie

CORRELATIONS PNEUMO-DIGESTIVES

Après l'exposé successif des faits digestifs, pulmonaires et biologiques retrouvés chez nos malades, étudions les corrélations qui lient entre elles les atteintes digestive et pulmonaire. Nous verrons d'abord les délais qui séparent les diverses manifestations ulcéreuses de la tuberculose, après quoi nous émettrons quelques hypothèses sur les corrélations biologiques et interpathogéniques.

Corrélations chronologiques.

Notons d'abord, comme le souligne Collas, qu'il s'agit la plupart du temps d'une succession pathologique dans le sens ulcère-tuberculose, les troubles digestifs précédant l'atteinte bacillaire pulmonaire : seulement 15 de nos sujets (12 %) étaient porteurs de lésions tuberculeuses connues avant de souffrir de leur estomac.

a - nous trouvons un délai général moyen de 7,2 années entre les premières manifestations digestives de nos ulcéreux, ultérieurement opérés ou non, et l'atteinte pulmonaire majeure ou confirmée : les limites extrêmes de ce délai vont de 3 semaines à 21 ans. (Jusqu'à 30 ans pour certains auteurs comme Collas, Lesobre). Le tableau de répartition (n° 8) que nous avons dressé à ce sujet nous montre qu'il existe un premier contingent de malades chez lesquels la tuberculose s'est déclarée à moins d'un an d'écart des accidents digestifs : il est raisonnable de penser que des lésions bacillaires étaient déjà présentes chez ces sujets sous forme torpide et ignorée et que les troubles digestifs en ont été les révélateurs ; si nous ajoutons à ces cas ceux de bacillose antérieure dûment connue, nous obtenons un total de 20 % de tuberculose pré-ulcéreuse ou -gastrectomique, chiffre assez voisin de ceux fournis par Brouet et Dumée (25 %) ; la suite du tableau nous montre : un pic numérique des cas entre 1 à 2 ans après les premiers ennuis digestifs (14,2 %) ; puis une

baisse relative (9,2 %) dans les délais de 3 à 4 ans et un maintien ensuite pour chaque tranche autour de 10 % jusqu'à 10 ans des premiers troubles, avec un nouveau pic entre 7 et 8 ans (12,6 %) ; après quoi le nombre de cas décroît lentement vers les délais longs (en effet encore 1/4 des cas se situent au-delà de 10 ans).

b - par rapport à la gastrectomie maintenant, nous avons trouvé qu'il s'était écoulé entre l'intervention et la bacillose un temps moyen légèrement inférieur : 6,2 ans ; le tableau de répartition des cas montre là un étalement moindre puisque la moitié est comprise entre les délais de 1 à 6 ans et que la décroissance est ensuite plus nette et régulière au-delà (17 % seulement après 10 ans).

Les délais moyens que nous avons retrouvés chez nos malades correspondent à ceux fournis par la littérature, qui oscillent tous autour de 5-6 ans (6, 16, 21, 34, 37).

Les auteurs grecs en particulier insistent sur les nombreuses formes tardives : 57 % de T.P. post-gastrectomiques au-delà de 6 ans (38 % pour nous) 57 %).

c - Nous avons voulu enfin établir ces délais moyens pour chacune des catégories de nos malades (ulcéreux non opérés, opérés après un certain temps d'évolution de leur ulcère, gastrectomisés d'emblée enfin). Comme le montre le tableau 8c, nous avons abouti à des résultats qui nous ont suggéré quelques hypothèses explicatives.

C'est chez les ulcéreux non opérés que nous retrouvons le plus court délai relatif de survenue de leur tuberculose pulmonaire par rapport au début de leurs troubles digestifs (inférieur à six ans) ; il est le plus long par contre chez les opérés dans un second temps après évolution plus ou moins prolongée de leur ulcère (presque 10 ans) ; quant aux gastrectomisés d'emblée, ils s'intercalent entre les deux groupes précédents avec un délai qui rejoint le délai général moyen déjà vu (un peu plus de 6 ans).

Si nous postulons que les troubles digestifs sont d'autant plus "phtisiogènes" que la bacillose pulmonaire s'est déclarée plus tôt chez leurs porteurs, il nous faut admettre que la gastrectomie semble avoir eu, d'après les résultats trouvés, un effet retardant, temporaire mais certain, dans l'éclosion de la tuberculose : ce qui peut s'expliquer dans la mesure où l'intervention a amélioré de façon provisoire la situation digestive de sujets par ailleurs peu aptes (de par leur condition sociale) à supporter les impératifs d'un traitement médical anti-ulcéreux.

TABLEAU 8

CORRELATIONS CHRONOLOGIQUES PNEUMO-DIGESTIVES

a) Répartition des malades d'après les délais entre le début des troubles digestifs et la première atteinte pulmonaire majeure ou confirmée.

Delai moyen : 7,2 années limites sup. 21 ans
inf. 3 semaines

Delais en années	TP ant.	> 1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	13 - 14	≤ 15
Nb de malades	15	8	17	11	12	15	12	8	11	10
%	12,6	6,7	14,2	9,2	10	12,6	10	6,7	9,2	8,6

b) Répartition des sujets gastrectomisés selon le délai entre l'intervention et l'apparition de la tuberculose pulmonaire.

Moy. 6,2 Limites sup. 19 ans
inf. 3 semaines

Années	TP ant.	> 1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	13-14	≤ 15
Nb	8	8	11	11	13	9	8	6	4	5
%	9,5	9,5	13	13	15,4	10,7	9,5	7,1	4,7	5,9

c) Les divers délais moyens retrouvés entre phénomènes digestifs et pulmonaires suivant les catégories de malades

Delais en années	Ulcéreux non opérés	Ulcéreux opérés après délai	Gastrectomisés d'emblée
	5,6	9,7	6,5

Le rôle propre de cet acte chirurgical dans le déterminisme d'une tuberculose pulmonaire ultérieure resterait alors celui, d'une part de toute intervention, entrant dans le cadre des bacilloles post-opératoires précoces, par stress chirurgical (nous en notons presque 10 % dans notre échantillonnage : 8 cas sur 84) ; d'autre part, le rôle beaucoup plus fréquent dévolu aux conséquences dysnutritionnelles secondaires de la gastrectomie, dans les cas de tuberculose plus tardive.

Souvenons-nous que nous avons déjà noté à propos de l'évolution de la tuberculose de nos malades qu'elle ne semblait pas plus défavorable chez les gastroprives que chez les ulcéreux non opérés.

Ainsi, la responsabilité dans la survenue d'une tuberculose chez nos malades reviendrait tout autant à la notion d'un terrain de prédisposition élective, celui de l'ulcéreux digestif, qu'à celle d'un pouvoir phthisiogène particulier imputé à une intervention chirurgicale. Et la tuberculose des gastrectomisés serait assimilable à celle des dénutris.

Corrélations biologiques

Nos partielles et trop réduites vérifications des perturbations métaboliques de nos malades vont bien néanmoins dans le sens de l'existence de troubles nutritionnels chez les gastrectomisés, encore que les modifications de la calcémie ou des protides sanguins soient connues chez les bacillaires purs.

D'autre part, nos essais de tests à la sueur ne nous ont pas apporté d'éléments susceptibles d'accréditer la notion d'une dysexocrinie caractérisée chez nos malades. Mais nous savons qu'on insiste actuellement sur les formes frustes de mucoviscidose qui seraient seules compatibles avec l'accès à l'âge adulte et peu démonstratives sur le plan biologique (en rapport avec une pénétrance réduite du gène léthal en cause).

Aussi, sans nous autoriser à conclure de façon affirmative sur la réalité d'une pathologie de système chez nos tuberculeux pulmonaires ulcéreux digestifs, nous n'avons pas plus de raison de la rejeter a priori et la discussion reste ouverte.

Ce que nous pouvons dire surtout, c'est que nous avons affaire avant tout à des digestifs (au terrain ulcéreux particulier et admis de tous), chez lesquels la tuberculose, qui n'est pas une pneumose, a d'abord apporté sa note essentiellement infectieuse à ces organismes dénutris. Et s'il y a eu échanges corrélatifs

intimes au niveau métabolique entre les deux atteintes pathologiques, la bacillose a fort bien pu à son tour entretenir, par l'anoxémie chronique qu'elle a créée, les déficiences nutritionnelles de ces sujets.

Nous pensons de toute façon pouvoir conclure à la réalité de la tuberculose des ulcéreux gastro-duodénaux, gastrectomisés ou pas, bacillose relativement tardive, d'allure volontiers chronique, et décevante dans ses résultats thérapeutiques ; tous caractères qui découlent vraisemblablement de la diminution du pouvoir d'auto-défense d'individus amoindris par leurs troubles digestifs. Ce qui laisse tout leur poids aux règles maintenant bien établies de surveillance pulmonaire rigoureuse de tout ulcéreux digestif a fortiori s'il est devenu gastroprive.

CONCLUSIONS

Sur 1584 malades masculins admis durant les huit dernières années consécutives au sanatorium des Pins, nous avons retrouvé 119 dossiers (7,5 %) de sujets porteurs de troubles digestifs de la série ulcéreuse dont les 3/4 avaient subi une gastrectomie classique (5,3 %).

Les anciens prisonniers de guerre représentent 1/3 des malades admis mais la moitié des ulcéreux soit un pourcentage nettement aggravé (12 %).

La moyenne d'âge est de 48,7 ans, le morphotype longiligne, le profil social celui d'un manoeuvre, psychologiquement, familialement et professionnellement souvent instable, à tendance éthylique.

L'histoire digestive commence en générale avant 40 ans (souvent pendant la captivité) et, dans 60 % des cas par la gastrectomie d'emblée ou à court terme : le délai moyen est de 2 ans.

L'amélioration fonctionnelle, parfois temporaire, s'est par contre soldée par des troubles métaboliques (protides, calcium) confirmés chez ceux de nos malades testés.

La tuberculose est apparue avec un délai de 7,2 années après ulcère et 6,2 années après gastrectomie. De tendance particulièrement chronique, avec rechutes fréquentes, peu sensible au traitement (d'ailleurs assez souvent mal supporté), son évolution n'aura été qu'une fois sur trois favorable.

Une série de tests à la sueur de Di Sant'Agnese (selon technique de Boucher) ne nous a pas apporté de conclusions indiscutables quant à la réalité d'une pathologie de système (dysexocrinie) qui semble cliniquement relier avec une certaine fréquence les affections digestives et pulmonaires dégénératives.

Vu, le Président de Thèse :

Prof. G. BROUET

Vu, le Doyen de la Faculté

Prof. G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris :

J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALBOT G. et POILLEUX F. -
La maladie ulcéreuse de l'estomac.
Masson Ed.
- 2 - ARLOING . -
Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac.
Thèse Lyon 1902-1903.
- 3 - BAECHLER. -
Ulcère gastro-duodéal et tuberculose pulmonaire.
Lyon Médical 1960, 104, 44 pp 857-61.
- 4 - BALGAIRIES et PREVOST D. -
Pneumocomotuberculose et gastrectomie.
Arch. mal. Prof. sept. 1960 21 n° 9 561-64.
- 5 - BERNARD E., ISRAEL L. et DEBRIS M.M. -
Le rôle de la mucoviscidose dans la pathogénie
de l'association emphysème-ulcère digestif.
Presse médicale 1962 70 18 pp 861-63.
- 6 - BONNET-EYMARD, DEMANGE, JUHEL, BARIE. -
Réflexions à propos de 60 observations d'associa-
tion d'ulcère gastro-duodéal et de tuberculose
pulmonaire.
Journ. med. Lyon 1960 - 975 pp. 1263-69.
- 7 - BOUCHER H., SOUQUET R. et ROUMAGOUX J. -
Le test de la sueur de Di Sout'Agnese en pneumo-
cologie.
Presse médicale 14/5/61 69 n° 2 57-60.
- 8 - BOURVEN A. -
Tuberculose et ulcère gastro-duodéal.
Thèse Paris 1951.

- 9 - BOUTRY P. -
Contribution à l'étude des suites éloignées de la
gastrectomie pour ulcère.
Thèse Paris 1953.
- 10 - BROCHEN G. -
Tuberculose pulmonaire des gastrectomisés.
Thèse Paris 1950.
- 11 - BROUET G., MARCHE J., BROCHEN G., BOURVEN D. -
La tuberculose des gastrectomisés et des ulcéreux
Paris Médical 3/II/51 41 n° 5 64-71.
- 12 - BROUET G., MARCHE J., PALEY P.Y. -
Gastrectomie et tuberculose pulmonaire.
Arch. mal. app. dig. 1952 41 n° 4 385-92.
- 13 - BRUN J., PLAUCHU, BERTOYE, LEVY. -
Ulcère gastro-duodénal et tuberculose pulmonaire
dite des gastrectomisés.
Lyon Médical 1952 187 n° 27 3-8.
- 14 - CADE et RAVAUULT. -
Des rapports de l'ulcère gastro-duodénal avec la
tuberculose.
Arch. mal. app. digestif 1924 14 586-89.
- 15 - CHOLTUS J.R. -
Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire
des gastrectomisés. Tuberculose pré et post gas-
trectomie.
Thèse Paris 1957 n° 446 66 p.
- 16 - COLLAS R. et Coll. -
Formes radio-cliniques et évolutives de la T.P.
chez l'ulcéreux g.d. - Poumon et coeur.
XVII au 1 pp. 59-65 janvier 1961.
- 17 - CONTE M. -
Les troubles métaboliques après gastrectomie
subtotale.
Cah. Coll. med. hop. Paris 1962 9 635-43.
- 18 - DARLEGUY P.L. J. -
De la phthisie chez les gastrectomisés pour ulcères
gastroduodénaux.
Thèse Bordeaux 1951.

- 19 - DEMOLE M. -
Tuberculose pulmonaire et ulcère gastro-duodéal.
Presse Médicale 23.6.62 70 n° 31 1541.
- 20 - DEMOLE M. et SECRETAN P. -
Ulcère gastro duodéal et tuberculose pulmonaire.
Schweiz. Zeitschr. allgem. Path. Bakter.
1958 21 n° 2 553-58.
- 21 - DESPIERRES G., FAYOLLE J. et ROSSET S. (Melle)
Gastrectomie et tuberculose.
Lyon médical 1954 192 n° 43 337-52.
- 22 - DESPIERRES G. et JACOUTON. -
La tuberculose du gastrectomisé et de l'ulcéreux.
Revue Lyon Méd. 1958 n° 13 839-44
- 23 - DUMEE M.G. -
Rapports de la tuberculose pulmonaire et de la
gastrectomie pour ulcère.
Thèse Paris 1952 141 p.
- 24 - DUPUY R. et MAILHO J. -
Gastrectomie et T.P.
Contribution d'un document statistique.
Arch. mal. app. dig. 1959 48 n° 9 943-53.
- 25 - DUSSERT. -
Ulcères gastro-duodéal dans la T.P.
Notion de terrain.
Revue tub. 1955 19 n° 8-9 1022-25.
- 26 - ENTZ A., MARK J. et ROKA G. -
Maladie ulcéreuse et T.P.
Tuberculoscarrrt 1959 13 n° 12 834-39.
(Résumé sur P.M. 1960 24 921).
- 27 - FLEURY. -
La tuberculose chez les gastrectomisés.
Thèse Paris 1978 n° 475.
- 28 - GASCARD. -
La Tuberculose pulmonaire des gastrectomisés.
Marseille médical 1962 n° 6 487-94.

- 29 - HARTMANN, GUENIN et FAUVERT. -
Etude clinique et biologique de 100 cas de gastrectomie subtotale pour lésions bénignes.
Arch. mal. app. dig. T. 41 7-8 pp. 721-41. 1952.
- 30 - HILLEMAND, MATTEI et HILLEMAND. -
Gastrectomie et tuberculose pulmonaire.
Arch. mal. app. dig. 1952 41 n° 5 556-57.
- 31 - HUGUET R. -
La tuberculose chez les gastrectomisés.
Thèse Marseille 1947.
- 32 - ISORNI et Coll. -
Gastrectomie et tuberculose.
Rev. tub. 1948 12 n° 5-6 393-95.
- 33 - JACOUTON R. -
La prétendue tuberculose pulmonaire des gastrectomisés pour ulcéreux. g.d.
J' Med. Lyon 1959 40 n° 943 377-78
- 34 - JOUISSE J. -
Contribution à l'étude de la T.P.
chez les gastrectomisés.
Thèse Paris 1955.
- 35 - KEROMEST J.Y. -
Contribution à l'étude des rapports de la T.P.
avec la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
Thèse Paris 1955 n° 393 84 p.
- 36 - LAMBLING A. et CONTE M. -
Le syndrome multi carentiel tardif des gastrectomisés.
Premier Congrès Intern. de Méd. 1950.
- 37 - LESOBRE R., OURY M., INIGUEZ. -
La tuberculose et la gastrectomie pour ulcère.
Revue du Praticien 1963 XIII 3 303-10.
- 38 - LEVIJ J.S. -
The relation between chronic pulmonary diseases and peptic lesions of the stomach and the duodenum.
Proceedings of the tuberculosis research council n° 45 1958. - The Hague
Holland pp. 40-48.

- 39 - LICHTWITZ A., DE SEZE S., CACHIN M., GUILLAUMAT, HIOCO, PERGOLA. -
Les troubles du métabolisme phosphocalcique chez les gastrectomisés.
Sem. Hôp. Paris 8/XII/61 96 n° 69 pp. 3391-3401.
- 40 - LODS J.C. -
Démminéralisations osseuses post-gastrecomie.
Revue Praticien 1961 XI 12 1273-81.
- 41 - MANDAVY. -
Contribution à l'étude des suites éloignées de la gastrectomie.
Thèse Bordeaux 1946-47.
- 42 - MARCHE J. -
Contribution à l'étude du facteur alimentaire dans le déterminisme de la tuberculose.
Bulletin médical 1944 58 189.
- 43 - MARTIN-LALANDE J. -
Les tuberculoses pulmonaires tardives des anciens prisonniers de guerre ; cas particuliers des tuberculoses post-traumatiques et post-gastrectomiques.
Travaux de la Conférence médic. Internationale de la captivité. - Bruxelles 1962.
Liebens édit. Bruxelles.
- 44 - MINET, WAREMBOURG, NIQUET, GERARD. -
Interventions chirurgicales gastriques et T.P.
Sté Med. Nord 1946-47.
- 45 - MOLINA, FITOUSSI, SIRYEN. -
La T.P. des gastrectomisés et des ulcéreux gastriques.
Sté Pneumo. phtisiol. Algérie 18.6.60.
Presse Med. 68 n° 53 1960.
- 46 - MOREL P. -
L'anthropologie physique.
PUF ed. "Que sais-je" n° 1023.
- 47 - NEUBERT H. -
Tuberculose pulmonaire et résection gastrique.
Tuberkuloscarrt 1958 12 n° 4 444-47.

- 48 - OLLAGNIER, PERIN, TOURNIAIRE, LACOSTE, BUFFARD.
Tuberculose des gastrectomisés. Etude statistique.
Arch. Mal. app. dig. 1961 50 78 777-81.
- 49 - OLMER J. et HUGUET R. -
La tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés.
Presse Médicale 1947 55 n° 72 p. 834.
- 50 - PEARSON R.S.B. -
Tuberculose pulmonaire consécutive à une gastrectomie partielle.
Gastrocutérologia 1954 81 n° 2 pp. 91-97.
- 51 - PERISSAT J.M. -
Enquête statistique sur les séquelles de gastrectomies chez les pensionnés du centre spécial de réformes de Bordeaux.
Thèse Bordeaux 1958.
- 52 - QUEREL P.F.A. -
Contribution à l'étude statistique des rapports entre la gastrectomie pour ulcère g.d. et la T.P.
Thèse Paris 1953 n° 231.
- 53 - RENTSCHNICK et DEMOLE. -
La tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés.
Schweiz. Med. Wschr. 1954 84 n° 21 591-95.
- 54 -
Revue de la Tuberculose 19 3 1955 170-196
sur les perturbations des protéines plasmatiques dans la T.P.
- 55 -
Semaine des Hôpitaux 1958 21 12 737-38.
T.P. et gastrectomie.
Revue analytique des travaux de 1927 à 1956.
- 56 - SOUPAULT R. -
Gastrectomie et T.P.
Arch. mal. app. digestif. 1952 41 n° 5 555-56.
- 57 - STEPHANOPOULOS C., PAPADOPOULOS E., KAMAROU-LIAS D. -
Gastrectomie et T.P.
Revue Tub. et Pneumologie 26 n° 9-10 1962 988-96.

58 - TRAISSAC et Coll. -

Les séq. malheureuses de la gastrectomie.
XIe Congrès International Thérapeutique
Strasbourg. Résumé P.M. 1959 n° 57
2149 - 1959.

59 - VALLOIS H.V. -

Anthropologie de la population française.
Didier Ed. Toulouse Paris 1943.
